PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



IX Rok 1937 Nr 4

Pielęgniarka Polska Nr. 4

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 4

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty:

rocznie 6 zł. kwartalnie 2·00 zł. miesięcznie 70 gr.

Przy zaległościach w prenumeracie zł. 8 rocznie

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych po jednej stronie arkusza. Rękopisów nie zwraca się.

Rok IX Kwiecień 1937 Nr 4

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH
WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Praktyka chirurgiczna słuchaczek Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie

Jednym z głównych działów pielęgniarstwa szpitalnego jest pielęgniarstwo na oddziałach chirurgicznych. Dlatego też zadaniem każdej szkoły pielęgniarstwa jest dać dobre podstawy i zasady w tym zakresie, aby później absolwentka, pracując samodzielnie w innych, najczęściej gorszych warunkach, sumiennie wypełniała swe obowiązki.

Jak to zagadnienie traktuje się w Szkole Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie?

Szkolenie słuchaczek idzie w dwóch kierunkach: 1) teoretycznym, 2) praktycznym.

Szkolenie teoretyczne

Najważniejszą i najtrudniejszą sprawą jest wyjaśnić, a potem wpoić słuchaczkom zasady antyseptyki i aseptyki. W tym celu słuchaczki podczas okresu pierwszej teorii słuchają wykładów z bakteriologii, dokonują ćwiczeń praktycznych w pracowni, następnie słuchają wykładów chirurgii z zakresu „zasad aseptyki". Zaś na wykładach pielęgniarstwa, prócz ogólnych, podstawowych zasad pielęgniarstwa, uczą się w klasie wyjaławiania narzędzi i przedmiotów metalowych, materiału opatrunkowego i t. p. i, co najważniejsze, obchodzenia się z rzeczami wyjałowionymi, a więc otwierania puszki z materiałem jałowym, posługiwania się pęsetą i t. d. Jeszcze podczas pierwszej teorii uczą się bandażowania i pielęgnowania chorych chirurgiczno-ortopedycznych (z opatrunkami unieruchamiającymi jak gipsy, wyciągi i t. p.).

Podczas drugiej teorii słuchają wykładów z chirurgii ogólnej, z chirurgii ortopedycznej, z oto-rino-laryngologii, ginekologii i położnictwa oraz pomocy w nagłych wypadkach. Na tych wykładach zaznajamiają się ze schorzeniami, nadającymi się do interwencji chirurga, oraz — teoretycznie — z przebiegiem zabiegu operacyjnego z punktu widzenia pomocy pielęgniarskiej. We wszystkich tych wykładach znów wielki nacisk położony jest na znaczenie aseptyki i t. zw. „czystości chirurgicznej". Tyle tylko da się zmieścić w programie teorii z powodu ograniczenia czasu.

Szkolenie praktyczne

Słuchaczka po ukończeniu okresu pierwszej teorii, idzie na pierwszą praktykę na 8—12 tygodni na oddział chirurgii ogólnej. Pod czujnym okiem instruktorki uczy się tu stosować swe wiadomości teoretyczne w praktyce.

Na początek pielęgnuje 5—10 chorych. Zapoznaje się z ich diagnozami, asystuje przy obchodzie lekarskim, wozi chorych na salę opatrunkową, zaznajamiając się biernie z techniką nakładania opatrunków, widzi i obserwuje stan rany chorego. Idzie na salę operacyjną, aby móc natychmiast po operacji roztoczyć opiekę nad pacjentem, nie opuszczając go aż do chwili zupełnego przebudzenia, poznając przy tym praktycznie wszystkie fazy pooperacyjne. Tu uczy się pilnej i ścisłej obserwacji stanu zdrowia chorego, potem zaś krótko, logicznie i obiektywnie musi zdać sprawę instruktorce.

W zakresie oddziału chirurgicznego na dyżurze nocnym zaznajamia się z przygotowywaniem materiału do sterylizacji, czyści, a następnie wyjaławia narzędzia chirurgiczne, zaznajamia się z ich nazwami i przeznaczeniem, przygotowuje i zmienia płyny dezynfekcyjne. Tą drogą dochodzi do zrozumienia doniosłości aseptyki i antyseptyki.

Słuchaczka, powracając powtórnie na sześć tygodni na oddział chirurgiczny po okresie drugiej teorii, musi objąć i pokierować całokształtem pracy na powierzonym sobie oddziale, naturalnie pod ciągłą kontrolą instruktorki. Pilnuje przygotowania chorego do operacji, przygotowuje pole operacyjne w wypadkach zwykłych i nagłych, pomaga lekarzowi przy wszystkich zabiegach przez niego wykonywanych na oddziale. Pilnuje dobrego ułożenia i ustawienia wyciągów, gipsów. Asystuje przy obchodzie lekarskim, zdając sprawozdanie ze stanu zdrowia chorych, przyjmuje zlecenia lekarskie, wszystko w obecności instruktorki.

Dalszym szkoleniem słuchaczki jest jej praktyka na sali opatrunkowej (2 tygodnie). W pierwszym tygodniu praca jej polega na czyszczeniu i sterylizowaniu narzędzi; przy czym jednocześnie uczy się ich nazw oraz przeznaczenia, przygotowuje materiał opatrunkowy do puszek, utrzymuje porządek na sali, przy opatrunkach pomaga lekarzowi, podając narzędzia, opatrunki i t. p., rozbandażowuje i zabandażowuje. Zaś w drugim

tygodniu, pod okiem instruktorki, zlecone przez lekarza opatrunki sama wykonuje, czy to czyste, jak zdejmowanie klamerek lub szwów, czy to brudne, jak opatrunki przetok, owrzodzeń i t. p. Do niej też należy przygotowanie wózka do opatrunku i pomoc lekarzowi przy łóżku chorego na sali, tu się od niej więcej wymaga, aby w gorszych warunkach (już nie sala opatrunkowa!) potrafiła pracować czysto, aseptycznie. W drugim tygodniu też przygotowuje i pomaga przy wszystkich zabiegach, robionych na sali opatrunkowej, jak przecięcie ropni, gipsy, pobieranie materiału do analiz.



Praca Słuchaczek w gipsowni Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie

Sprawozdanie miesięczne z sali opatrunkowej wykazuje, że przeciętnie jest zakładanych 500 opatrunków zwykłych i unieruchamiających w 34 różnych przypadkach oraz dokonanych 20 zabiegów operacyjnych z zakresu małej chirurgii.

Z sali opatrunkowej idzie słuchaczka na dalszą 6 tygodniową praktykę na klinikę oto-rino-laryngologiczną.

Tu pierwszym etapem jest praca w rejestracji i przy segregowaniu chorych w ogólnej przychodni, następnie przygotowanie sali do przyjęć lekarskich. Słuchaczka kompletuje narzędzia potrzebne do badań lekarskich, asystuje przy przyjęciach, zaznajamia się ze schorzeniami nosa, ucha i gardzieli oraz z diagnozami. Dalszym etapem praktyki jest sala opatrunkowa

(opatrunki z sali na 40 łóżek), gdzie dokonywane są małe operacje ambulatoryjnie (operacje przegrody nosowej, usunięcie adenoidów i t. p.). Słuchaczka zaznajamia się ze zmianą rurki tracheotomicznej, oraz przygotowuje i asystuje do aesophagoscopii i bronchoscopii.

Ostatnim etapem na klinice jest sala operacyjna. W pierwszym tygodniu słuchaczka asystuje przy operacjach jako t. zw. „brudna", w drugim zaś tygodniu instrumentuje podczas operacji.

Sprawozdania miesięczne z pracy klinicznej podają przeciętnie około 110 operacji, w 11 różnych przypadkach. Opatrunków 1.320. Zbadanych ambulatoryjnie po raz pierwszy 340, powtórnie 700 — razem 1.040 chorych. Ze sprawozdań słuchaczek dowiadujemy się, że instrumentują do operacji mniej więcej w 20—40 przypadkach.

Dalszą praktykę słuchaczka odbywa na s a l i o p e r a c y j n e j c h i r u r g i i o g ó l n e j. Czas trwania praktyki — 6 tygodni. Praktykę dzielimy na sześć okresów.

W pierwszym okresie praca polega na składaniu materiału operacyjnego, bielizny, reparacji rękawiczek, czyszczeniu i obznajamianiu się z narzędziami i ogólną pracą na sali operacyjnej, sprowadzaniu chorych z oddziału.

W drugim okresie słuchaczka przygotowuje salę do operacji, pomaga lekarzowi przy ubieraniu, otwiera i podaje materiał wyjałowiony. Jest obecna przy operacji. Stosuje zabiegi na sali operacyjnej. Doprowadza salę do porządku.

Trzeci okres: sterylizuje materiał operacyjny. Ładuje puszki, przygotowuje katgut i jedwab. Przygotowuje i sterylizuje narzędzia do operacji. Kontroluje narzędzia po operacji. Przechowuje narzędzia.

Czwarty okres: instrumentowanie.

Piąty okres: dawanie narkozy.

Szósty okres: sala opatrunkowa przy sali operacyjnej. Samodzielna praca.

Jeżeli przejrzymy sprawozdanie miesięczne z sali operacyjnej, to stwierdzimy, że operacji bywa 140—200 miesięcznie i nagłych około 20 (około 45 różnych przypadków). Ze sprawozdań słuchaczek wyciągamy cyfry następujące: każda słuchaczka instrumentuje 15—50 razy, narkoz daje 18—40; nie zawsze przy wszystkich operacjach można powierzyć samodzielną narkozę słuchaczce, oczywiście instruktorka nigdy nie odchodzi z sali operacyjnej.

W celu zaprawienia słuchaczek do natychmiastowej pomocy, wzywa się je do nagłych operacji czy to w dzień, czy to w nocy.

Zakończeniem praktyki chirurgicznej jest czterotygodniowa praca w p r z y c h o d n i I n s t y t u t u C h i r u r g i i U r a z o w e j. Praca tam

jest bardzo ciekawa i różnorodna. Nasilenie ruchu dziennego waha się od 60—130 osób. Praktyka słuchaczek pod kierunkiem instruktorki dzieli się:

1) na pracę w przychodni, asystowanie przy badaniu lekarskim, wykonywanie opatrunków, jak zdjęcie szwów pierwotnych, klamerek, nałożenie prostych opatrunków unieruchamiających, jak zakładanie szyn, opatrunku Desault'a, opatrunków ósemkowych, opatrunków elastycznych i t. p. Słuchaczka asystuje i daje narkozę przy małych zabiegach operacyjnych (szwy pierwotne, nastawienie niektórych złamań).

2) Praktyka w gipsowni, przygotowywanie bandaży gipsowych, w wypadkach prostych samodzielne nakładanie opatrunków gipsowych, przy bardziej skomplikowanych asysta i pomoc lekarzowi.

Przeciętne ze sprawozdania miesięcznego wykazują, że zakłada się około 300 gipsów miesięcznie w 15 odmianach.

W krótkim zarysie tak się przedstawia całokształt szkolenia słuchaczek w Szkole Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża.

Anna Wiełowieyska
Asystentka Dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Warszawie

O kołtunie

Z pojęciem kołtuna łączymy dzisiaj pojęcie wszawicy. Ukąszenie i ruchy pasożyta powodują swędzenie, zmuszając do drapania. W następstwie ukąszenia, powstają wykwity pokrzywkowate, a w przypadkach zaniedbanych, powikłanych rozlicznymi sprawami ropnymi, włosy sklejają się i splatają tak gęsto, iż tworzą zbitą pleśń, której rozczesać niepodobna. Jest to kołtun, niesłusznie zwany *plica polonica*, gdyż z kołtunem można się spotkać wszędzie, gdzie panuje bieda, niechlujstwo, przesąd, bez względu na szerokość i długość geograficzną.

Dzisiaj o kołtunie nic więcej nie da się powiedzieć i dziwnym może się wydać, że kołtun był przedmiotem, zaciętych, trzy wieki ciągnących się, sporów. Przesądowi kołtunowemu ulegli i spore dzieła o nim napisali tacy lekarze, jak Józef Frank z Wilna, La Fonteine z Warszawy, pierwszy chirurg ostatniego króla (początek XIX stulecia), Oczapowski w drugiej połowie XIX stul. Wprawdzie w połowie XVII stul. Szkot Docrisson, lekarz Jana Kazimierza i Marii Ludwiki obciął w Polsce podobno 10.000 kołtunów bez żadnych złych następstw, przez co poderwał kredyt kołtunowi, lecz bardzo prędko o tym zapomniano i przesąd szybko wziął górę nad trzeźwą obserwacją. Śmiało rzec można, że w historii medycyny nie ma drugiego zagadnienia, dla którego wyjaśnienia nagromadzonoby więcej materiału, niż dla wyjaśnienia kwestii kołtuna.

W czasach przedcywilizacyjnych, w których grzebień nie był jeszcze znany, kołtun musiał być zjawiskiem stałym, któremu znaczenia chorobowego nie przypisywano, ponieważ spotykano je zarówno u zdrowych jak i u chorych osobników. Gdy, w miarę postępu cywilizacji, grzebień i po-

czucie czystości znacznie zmniejszyły częstość pojawiania się kołtuna, zaczęto doszukiwać się przyczyn, powodujących jego występowanie. Ponieważ kołtun ze względu na swą szpetność, robactwo i woń wstrętne czyni i czynił wrażenie, zatem wytwarzanie się jego w odległych czasach przypisywano nieczystym siłom, diabłom, czarownicom, zmorom, a dla nazwania go służyły wyrażenia, których używano na oznaczenie tych sił nieczystych, później w końcu XVI wieku zapatrywano się na kołtun, jako na talizman, który od wszelkich chorób miał zabezpieczyć.

Dopóki kołtun pozostawał pod opieką mitologii i kabalistyki, w pojęciach o nim nie było żadnych sprzeczności, ale z chwilą, gdy z kołtuna zrobiono chorobę, powstało takie zamieszanie, zrodziło się naraz tyle sprzecz-



Kobieta z kołtunem woj. wileńskie

ności, tyle nieprawdopodobnych przypuszczeń i najrozmaitszych poglądów, że blisko trzech wieków potrzeba było, aby wybrnąć z chaosu i odróżnić prawdę od fałszu. Zjawili się hołdownicy i przeciwnicy kołtuna, ze sprzeczności wpadano w sprzeczność, dziwaczne poglądy ustępowały miejsca jeszcze dziwaczniejszym. Twierdzono, że kołtun jest chorobą, której jednym z objawów jest zwinięcie się włosów na głowie lub innych częściach ciała; że chociaż kołtun sam nie jest chorobą, jednakże jest zjawiskiem, które do każdej choroby przyłączyć się może; że do każdej choroby może się przyłączyć „choroba kołtunowa“, polegająca nie tylko na zwinięciu się włosów, ale i innych sobie tylko właściwych objawach; że może być „choroba kołtunowa“ bez kołtuna, czyli kołtun ukryty. Gdy te wszystkie poglądy przy trzeźwej obserwacji zostały obalone, zaczęto głosić, że wszystkie choroby

od kołtuna zależnymi być mogą, zaczęto pisać o kołtunie w oczach, w kiszkach, w macicy, w mózgu, w kościach i t. d. Było to bardzo wygodne, gdyż każdy wątpliwy przypadek natychmiast pod kołtuna podciągano. Od tej pory, zamiast o „chorobie kołtunowej“, zaczęto pisać o „chorobach kołtunowych“. Dla jednych kołtun był chorobą dziedziczną, dla innych nabytą; dla jednych był zaraźliwą, dla innych nie zaraźliwą. Wreszcie wyznawcy kołtuna zaczęli przewidywać zarażenie całego świata kołtunem, a co za tym idzie — zagubę rodu ludzkiego.

Najdrażliwszym punktem, którego hołdownicy kołtuna zawzięcie bronili, było od najdawniejszych czasów twierdzenie, iż obcięcie kołtuna może się stać powodem najgroźniejszych następstw: nagłej ślepoty, głuchoty, bezwładu całego ciała, pomieszania zmysłów, nawet — nagłej śmierci. Gdy jednakże doświadczenie wykazało, że twierdzenie to jest błędne, zaczęto głosić, że są dwa rodzaje kołtunów: prawdziwe, których usuwać nie wolno pod karą utraty zdrowia lub życia i fałszywe, których obcięcie niczym nie grozi. Jednakże nikt dokładnie nie umiał podać różnicy pomiędzy prawdziwym i fałszywym kołtunem.

Dzisiaj te wszystkie poglądy, teorie i spory mają dla nas znaczenie czysto historyczne; dzisiaj pozostało jedynie twierdzenie, że kołtun spotyka się li tylko tam, gdzie panuje przesąd, ciemnota, brud. Kołtun i cywilizacja są to rzeczy, które się wzajemnie wykluczają i obok siebie istnieć nie mogą i jeżeli dzisiaj wyjątkowo tylko z kołtunem się spotkać można i wyjątkowo znaleźć osoby, które by zapuszczeniem kołtuna leczyć chciały przewlekłe choroby, to zawdzięczamy to większej higienie ludu, chociaż i w dzisiejszych czasach poczucie czystości leży poza obrębem pojęć znacznej masy ludności. Wiele chorób zaraźliwych rozprzestrzenia się niewątpliwie z powodu braku czystości, niechlujstwa. Poważnym środkiem higienicznym, który nie tylko od kołtuna uchroni, ale i od wielu chorób zabezpieczyć może, jest kąpiel, lub łaźnia. Kto raz w tygodniu myje głowę i całe ciało, czyni niemożliwym zwinięcie się kołtuna i zabezpiecza się od takich chorób jak np. świerzba. W miejscowościach, gdzie używają łaźni i kąpieli kołtuna już oddawna nie ma a i świerzba jest rzadkością.

Dr med. J. Orgańska

Uprzejmie przypominamy Szanownym Czytelnikom o uiszczenie zaległej prenumeraty.

Administracja Pielęgniarki Polskiej



Zabiegi pielęgniarskie

W myśl uchwały XI Walnego Zjazdu przystępujemy do krótkiego opisu najważniejszych czynności i zabiegów pielęgniarskich. Podejmując tę pracę, chcemy przyjść z pomocą tym pielęgniarkom, które pragną zdawać egzamin państwowy, przewidziany Ustawą o Pielęgniarstwie, a także kierowniczkom kursów, przygotowujących do egzaminu. Dlatego opis nasz opieramy o „listę zabiegów na egzamin z pracy pielęgniarskiej“, wyszczególnionych w Rozporządzeniu Ministra Op. Społ. o pielęgniarstwie.

Sądzimy, że opis zabiegów przyniesie również korzyść wszystkim absolwentkom szkół pielęgniarstwa, jako przypomnienie nauki szkolnej.

I. Zasłanie i przygotowanie łóżka dla osoby dorosłej

Do zasłania łóżka potrzeba następujących rzeczy:

1 prześcieradło szersze od materaca o 70 do 80 cm i dłuższe o 35 do 40 cm.

1 podkład z płótna gumowego długości 1.50 m, szerokości 85 do 95 cm.

1 podkład płócienny długości 1.75 m. szerokości 1 m.

1 lub więcej koców w poszwie, przy czym poszwa powinna być o 20 cm dłuższa od koca, a szerokości koca. Koc opatrujemy na rogach i po bokach tasiemkami, poszwa ma wewnątrz również tasiemki odpowiednio przyszyte, za pomocą tych tasiemek przywiązujemy koc do poszwy, aby się w niej nie zwijał.

Poduszki i poszewki.

O ile możności kapa.

Zasady słania łóżka

1) Zasłać równo i bez zmarszczek dla wygody chorego i dla uniknięcia odleżyn.

2) Zasłać tak, aby łóżko pozostało wygodne przez cały dzień (naciągać dobrze prześcieradła i podkłady i zakładać brzegi głęboko i równo pod materac, ażeby je przytrzymywał sam ciężar pacjenta).

Postępowanie

1) Przygotować krzesło koło łóżka, położyć na nim poduszki. Zdjąć kapę, złożyć, przewiesić przez poręcz krzesła. Obluźnić pościel, podtrzymując jedną ręką materac, drugą wyciągając brzegi pościeli z pod niego, tak, aby jej nie podrzeć. Zdjąć kolejno koc, podkłady i prześcieradło, przewiesić przez poręcz krzesła. Ustawić materace na łóżku tak, aby powietrze dochodziło ze wszystkich stron, wytrzeć łóżko wilgotną ścierką. Pozostawić łóżko do przewietrzenia przynajmniej na kwadrans.

2) Materac ułożyć na łóżku, odwracając tę część, która była w nogach do głów.

3) Ułożyć prześcieradło na łóżku, środkiem na środku materaca, w nogach brzeg prześcieradła leży równo z materacem, w głowach założyć pod materac i wykonać „narożnik“. Podwinąć równo pod materac na całej długości (o ile prześcieradło jest bardzo długie, robimy narożnik i w nogach łóżka. Zawsze jednak należy pamiętać, że prześcieradło pod chorym ma tendencję do zsuwania się w dół, dlatego trzeba zawsze przede wszystkim w głowach głęboko podłożyć je pod materac).

4) Ułożyć podkład gumowy środkiem na środku łóżka, brzeg jego górny leży o 40 do 50 cm od wezgłowia. Brzeg zwisający podłożyć pod materac.

5) Podkład płócienny ułożyć na gumowym, tak, aby go w całości zakrywał, brzeg podłożyć pod materac.

6) Ułożyć koc w poszwie środkiem na środku łóżka, brzeg górny leży około 20 cm od wezgłowia. Z boku łóżka brzeg podwinąć równo z brzegiem materaca, w nogach podwinąć pod materac.

7) Przejść na drugą stronę łóżka, odrzucić na świeżo zasłaną połowę łóżka, koc i podkłady, i zaczynając od prześcieradła, zaścielać drugą połowę łóżka w tym samym

porządku, naciągając starannie prześcieradło i podkłady tak, aby nie było żadnych zmarszczek.

8) Ułożyć kapę środkiem na środku łóżka, tak, aby zakryła cały koc, w nogach założyć pod materac i zrobić narożniki, zostawiając brzegi kapy zwisające wzdłuż łóżka. (O ile nie ma kapy, układamy koc w poszwie tak, jak kapę).

9) Strzepać i ułożyć starannie poduszki.

10) Sprawdzić, czy łóżko i całe jego otoczenie ma wygląd porządny i estetyczny.

Uwagi: Pielęgniarka powinna tak pracować, aby nie dotykać swoim fartuchem pościeli i łóżka. Nie wlec pościeli po podłodze. Przy przechodzeniu koło łóżka nie chwytać go za poręcz. Nie wstrząsać łóżkiem, nie opierać się o nie, nie składać nic na łóżku.

Inne sposoby słania łóżka

Zamiast poszwy na koc, można użyć prześcieradła, którym obszywamy koc. Należy to robić na stole lub pustym łóżku. — Można też, jak to jest w użyciu w licznych szkołach pielęgniarskich, koca nie podszywać prześcieradłem, ale położyć osobno prześcieradło, koce i kapę. W tym wypadku prześcieradło podwijamy w nogach i do połowy długości łóżka pod materac, wykonując narożnik. Koce również podwijamy pod materac, kapę kładziemy jak poprzednio i robimy narożniki. Górny brzeg kapy podwijamy pod brzeg koca, a brzeg prześcieradła odwijamy na koce i kapę.

Przygotowanie łóżka dla chorego

Gdy chory ma się położyć do łóżka, wyjmujemy brzeg koca z kapą z pod poduszek i w równych fałdach układamy, odsłaniając połowę łóżka. Jeżeli jest to chory, którego przenosimy w pozycji leżącej, fałdujemy przykrycie aż do końca łóżka.

II. Codzienne słanie łóżka z chorym, którego można obracać

Ogólny plan słania

Łóżko z tego rodzaju chorym ścielemy podobnie, jak puste, t. j. oswobodziwszy jedną połowę łóżka, zaścielamy ją, po czym przekładamy pacjenta na świeżo zasłaną połowę i prześcielamy drugą.

Postępowanie

1) Obluźnić koc i kapę w nogach łóżka, kapę zdjąć, złożyć, powiesić na krześle.

2) Wyjąć wszystkie poduszki z pod głowy chorego, położyć na krześle. Na życzenie chorego, można mu zostawić pod głową jedną małą poduszkę lub jasiek.

3) Obrócić chorego na bok, plecami do pielęgniarki i ułożyć na przeciwległej połowie łóżka, okryć plecy starannie. W ten sposób połowa łóżka jest wolna do słania.

4) Obluźniamy pościel na tej połowie, jak przy łóżku pustym. Za pomocą kąpielowego ręcznika lub myjki, przeznaczonej do mycia ciała chorego (nie do twarzy!) wymiatamy kolejno starannie podkłady i prześcieradło, aby usunąć okruchy. Po wymieceniu każdego podkładu, zarzucamy go tymczasem na chorego, aby odkryć prześcieradło.

5) Prześcieradło naciągamy na całej długości i podkładamy, jak przy łóżku pustym.

6) Podkłady kolejno naciągamy i podkładamy brzegi pod materac.

7) Chorego przewracamy na drugi bok, układamy na świeżo zasłanej połowie łóżka, przechodzimy na drugą stronę łóżka i prześcielamy ją w ten sam sposób.

8) Strzepujemy i podkładamy poduszki, ścielemy koc i kapę, jak przy łóżku pustym.

Uwaga: W dobrze uposażonych szpitalach do wymiatania okruchów służą osobne dla każdego chorego rękawice z surówki.

III. Zmiana pościeli z chorym, którego można obracać

Ogólne zasady

Zmiana bielizny pościelowej musi być tak dokonana, aby chory ani przez chwilę nie znalazł się w bezpośrednim kontakcie z materacem ani podkładem gumowym, gdyż

materac jest używany kolejno dla różnych chorych bez prania, a płótno gumowe jest bardzo niemiłe w dotknięciu.

Przed przystąpieniem do zmiany pościeli, należy przygotować przy łóżku wszystko, co będzie potrzebne. — Brudnej bielizny pościelowej nie można nigdy rozkładać na meblach, ani tym bardziej rzucać na podłogę. Do tego celu służą specjalne worki na brudną bieliznę, najlepiej umieszczone na sztelażach, przesuwalnych na kółkach. W braku worka można bieliznę składać do jednej z poszewek, która ma iść do prania. Zawieszamy ją u boku łóżka lub też kładziemy na wolnym krześle w pobliżu.

Postępowanie

a) Zmiana prześcieradła. Po wymieceniu i odrzuceniu podkładów na chorego, usuwamy brudne prześcieradło aż do połowy łóżka, przy czym lepiej je zmarszczyć, a nie zwijać w rulon. Czyste prześcieradło marszczymy wzdłuż w rękach aż do połowy i układamy na materacu obok prześcieradła brudnego. Drugą połowę zakładamy pod materac jak zwykle i podobnie zakładamy podkłady. Poprzez zwinięte prześcieradła obracamy chorego na świeżo zasłaną połowę łóżka, przechodzimy na drugą stronę, obluźniamy jak zwykle, pościel, wymiatamy i zarzucamy na chorego podkład, po czym usuwamy brudne prześcieradło, a na jego miejsce wysuwamy z pod chorego czyste prześcieradło i kończymy łóżko, jak zwykle.

b) Zmiana podkładu. Postępujemy podobnie, jak przy zmianie prześcieradła.

IV. Sposób obracania chorego na boki

1) Obracanie od siebie

Zgiąć nogi choremu w kolanach. Podsunąć jedną rękę głęboko (aż po łokieć) pod krzyże (nie pod krzywiznę lędźwiową!) — drugą rękę pod plecy tak, aby dłoń sięgała aż pod przeciwległą łopatkę. Lekko przyciągając chorego ku sobie, obrócić, po czym ułożyć nogi lekko zgięte w kolanach.

2) Oracanie do siebie

Zgiąć nogi chorego jak wyżej. Sięgając poprzez chorego, podłożyć mu jedną rękę pod biodro, drugą pod ramię po stronie przeciwnej. Obrócić do siebie, ułożyć nogi.

Uwagi: Przy podsuwaniu rąk pod chorego w celu obrócenia, czy też podniesienia chorego, należy wyprostować dłoń i palce, i nie zginając ich, podsuwać pod chorego po materacu, tak, aby palców nie wbijać w ciało chorego.

Jeżeli chory ma pozostać przez czas dłuższy w bocznej pozycji, podpieramy mu plecy ułożoną wzdłuż nich poduszką. W takim wypadku uginamy mniej tę nogę, która leży na materacu (a więc, jeżeli pacjent leży na boku prawym, nogę prawą), drugą zaś więcej, tę wysuwamy ku przodowi, podkładając pod nią poduszkę. W ten sposób unikamy ucisku jednego kolana na drugie.

V. Codzienne słanie łóżka z chorym, którego nie można obracać (dwie pielęgniarki)

Ogólne zasady

Przy wszystkich zabiegach pielęgniarskich, wykonywanych przez dwie pielęgniarki, te ostatnie muszą wyrobić sobie jednakową technikę, aby, bez wahań i porozumiewania się wobec chorego, zabieg wykonać szybko i składnie.

Postępowanie

Dwie pielęgniarki stają po dwóch stronach łóżka.

1) Razem obluźniają pościel wokoło łóżka, pracując stale naprzeciwko siebie. Jedna zdejmuje i składa kapę, druga zakłada brzegi koca na chorą, aby oswobodzić boki łóżka. Jedna lekko podnosi chorego, podkładając ręce pod jego ramiona i głowę,

druga usuwa poduszki i kładzie na krześle (na życzenie chorego można zostawić jedną poduszkę).

2) Jedna z pielęgniarek kładzie ręce na przeciwległe ramię i biodro chorego i lekko unosi, tak, aby druga mogła wsunąć rękę z myjką pod niego i wymieść okruchy. Wymiata je kolejno z podkładów, które zarzuca na chorego, następnie z prześcieradła„ oddaje myjkę koleżance. To samo z drugiej strony.

3) W ten sposób, gdy skończymy wymiatanie, podkłady są z obydwóch stron zarzucone na chorego, co pozwala na łatwiejsze naciągnięcie i zasłanie prześcieradła. Naciągają je obie pielęgniarki na całej długości, idąc wzdłuż łóżka od głów do nóg stale naprzeciwko siebie. Po naciągnięciu, zakładają prześcieradło każda po swojej stronie, wykonując narożniki.

4) Rozkładają podklad gumowy, naciągają naprzeciwko siebie i podkładają pod materac. To samo z podkładem płóciennym.

5) Strzepują poduszki, po czym jedna znowu podnosi chorego, druga układa poduszki.

6) Razem wykończają słanie łóżka (koc i kapa).

VI. Zmiana pościeli z chorym, którego nie można obracać

a) Zmiana prześcieradła. Przygotowujemy prześcieradło, zwijając je w rulon w kierunku od nóg do głowy. (Dogodniej jest do połowy je zmarszczyć, a tylko resztę zwinąć). Przynosimy do łóżka.

Rozpoczynamy słanie, jak poprzednio, aż do wymiatania włącznie. Następnie jedna z pielęgniarek podnosi chorego, jak przy podkładaniu poduszek, druga tymczasem usuwa aż pod jego lędźwie brudne prześcieradło, i na to miejsce układa czyste, rozwijając rulon aż pod lędźwie i zostawiając u wezgłowia tak szeroki brzeg, aby się go dało, jak zwykle podłożyć pod materac. Pielęgniarka kładzie chorego. Obie pielęgniarki podwijają pozostawiony u góry brzeg prześcieradła pod materac, aby się przy dalszym słaniu nie zsuwało. Naprzeciwko siebie każda podkłada jedną rękę pod pośladki i krzyże chorego, unosząc go lekko. Drugą ręką ściągają do kolan najpierw brudne prześcieradło, potem czyste. Kładą chorego; jedna unosi nogi chorego, druga usuwa brudne prześcieradło, na to miejsce naciąga czyste. Kończą słanie, jak zwykle.

b) Zmiana podkładów. Zwijamy podkład podobnie, jak prześcieradło, w kierunku od nóg do głowy — jeżeli mamy zmienić obydwa podkłady, zwijamy je razem. Po naciągnięciu i założeniu pod materac prześcieradla, wsuwamy rulon, zrobiony z czystych podkładów pod krzywiznę lędźwiową chorego. Prostujemy górny brzeg pod plecy chorego. Unosząc krzyże chorego, jak przy zmianie prześcieradła, usuwamy brudne podkłady, rozwijając na to miejsce czyste aż do kolan. Zakładamy podkłady, jak zwykle.

Drugi sposób: Jedna z pielęgniarek podkłada ręce pod krzyże chorego i unosi go, druga usuwa na bok brudny podklad, podkłada czysty. W ten sam sposób może zmienić podkład jedna pielęgniarka, jeśli chory jest na tyle silny, aby się mógł sam unieść. Nie należy tego nigdy żądać od chorego, któremu przeciwwskazany jest znaczniejszy wysiłek lub napinanie mięśni brzusznych.

U w a g a: U ciężko chorych, którym trudność sprawia pozostawanie przez dłuższy czas w niskim ułożeniu (n. p. z powodu duszności), można na czas słania pozostawić poduszki.

Jeżeli stan chorego wymaga specjalnych ostrożności przy słaniu (n. p. skrzep), pracują trzy pielęgniarki: dwie ostrożnie unoszą stopniowo chorego, trzecia zmienia pościel.

W wielu wypadkach wygodniej jest przenieść chorego na wózek lub kanapę, a łóżko przesłać puste.

VII. Wygodne ułożenie chorego

Ogólne zasady.

Przy ułożeniu na wznak każda część ciała powinna być podparta, tak, aby chory leżał w pozycji naturalnej, swobodnej. Specjalną uwagę należy zwrócić na dobre podparcie krzywizny lędźwiowej.

Różne sposoby układania poduszek

Przeciętne wymiary poduszek, używanych w szpitalach:
duże poduszki, kwadratowe o boku 70 lub 80 cm.;
średnie poduszki, podłużne, około 40 na 70 cm.;
jaśki.

Jeżeli jest komplet poduszek jak wyżej, układamy dużą poduszkę równo na materacu, tak, aby sięgała głęboko, aż pod lędźwie. Druga, średnia, podpiera ramiona, sięgając aż do łopatek; jasiek pod głową.

Jeżeli mamy same poduszki średniej wielkości, na czterech możemy chorego ułożyć bardzo wygodnie, jedną kładąc głęboko pod plecy chorego, dwie ukośnie pod ramiona, tak, aby końce ich zachodziły na siebie pod łopatkami chorego, czwarta poduszka leży pod ramionami i głową, ewentualnie można dodać jeszcze jasiek pod głowę.

Jeżeli mamy tylko dwie duże poduszki, układamy je stopniowo pod plecami chorego, łokcie podpieramy jaśkami.

Jeżeli chory musi być nisko ułożony, kładziemy pod głowę tylko jednę poduszkę, pod kolana zaś wałek, gdyż w tym ułożeniu szybko męczą się napięte mięśnie brzuszne.

Jeżeli chory ma leżeć w pozycji półsiedzącej lub siedzącej, podpieramy poduszki specjalną podporą (w domu prywatnym można użyć stolnicy, rajzbretu itp.). Niektóre łóżka szpitalne mają wezgłowie, które można unosić. Wreszcie możemy użyć większej ilości poduszek. W tych pozycjach koniecznym jest podłożenie kółka gumowego i wałka pod kolana.

Jeżeli przykrycie pościelowe uciska nogi, należy przykrycie unieść, przez postawienie w nogach łóżka czegoś, co przykrycie uniesie w górę; np. walizki, szufladki, kawałka deski lub tp. W szpitalach istnieją osobne „klosze“, zrobione z obręczy drewnianych, które służą do podtrzymywania pościeli. Należy wówczas uważać, aby nogi nie ziębły, gdyż pościel do nich nie przylega. (Termofor lub dodatkowe lekkie okrycie).

Jeżeli chory długo pozostaje w pozycji na wznak, należy podeprzeć stopy w pozycji prostopadłej, gdyż u tych chorych łatwo powstaje zniekształcenie stóp, które stanowi prawdziwe kalectwo.

Kółko gumowe

Kółka nie należy zanadto wydymać, musi być elastyczne. Nadymamy przez kawałek gazy, wytarłszy brzegi otworu spirytusem. Nigdy nie podkładamy kółka, nie włożywszy go w poszewkę (którą można zastąpić ręcznikiem), którą przed wsunięciem pod krzyże można lekko przypudrować. Zamknięcie kółka znajdować się winno z boku, aby nie uwierało chorego.

Wałek pod kolana

W niektórych szpitalach są w użyciu gotowe wałki z włosia. Najczęściej robimy wałek ze zwiniętego koca, długość wałka powinna być szerokości łóżka. Do środka wałka kładziemy szeroką opaskę, której końce wystają z obu stron. Wałek owijamy podkładowym prześcieradłem (jeżeli chory się zanieczyszcza, pod podkład kładziemy ceratę). Wałek wsuwamy choremu pod kolana i przymocowujemy końce opaski do

prętów łóżka u wezgłowia, aby się wałek nie zsuwał. Można nie użyć opaski, ale owinąć wałek w prześcieradło na ukos i do przywiązania użyć wiszących końców prześcieradła.

Wałek można podłożyć pod materac (o ile materac jest jednolity, a nie składa się z trzech części) pod kolana chorego, co daje bardzo wygodne, równe oparcie.

VIII. Zmiana koszuli

Koszula szpitalna, rozcięta do dołu, wiązana z tyłu. Pielęgniarka rozwiązuje tasiemki pod plecami chorego i wysuwa z pod niego brzegi koszuli. Zdejmuje jeden rękaw, wkłada własną rękę do rękawa czystej koszuli i ujmując tą ręką dłoń chorego, nakłada mu rękaw. Zdejmuje drugi rękaw, usuwa koszulę brudną i nakłada drugi rękaw koszuli czystej. Zawiązuje tasiemki czystej koszuli, jej boki wsuwa pod chorego.

Koszula zwyczajna. Pielęgniarka usuwa koszulę z pod pleców pacjenta, zdejmuje ją naprzód z jednej ręki, potem przez głowę, następnie z drugiej ręki. Nakłada rękawy czystej koszuli, nakłada ją przez głowę i ściąga pod plecami, zapina.

Uwaga: Jeżeli jest zimno, czystą koszulę należy ogrzać. Uważać, aby nie było fałd. Jeżeli jedna ręka jest chora, przy zdejmowaniu zaczynamy od zdrowej ręki, przy wkładaniu — od chorej.

IX. Toaleta poranna i wieczorna

Toaleta poranna

Czynności objęte toaletą poranną:
Umycie zębów.
Umycie twarzy, szyi, uszu, rąk, pleców, pośladków, podmycie.
Uczesanie.
Przesłanie łóżka.

Przybory potrzebne:
miednica z wodą o temperaturze 35°,
mydelniczka z mydłem i szczoteczka do paznokci,
kubek z wodą i nerka,
alkohol i puder,
ewentualnie pościel i koszula do zmiany.

Przy łóżku chorzy mają
ręcznik kąpielowy i cienki,
2 myjki,
szczotkę i grzebień,
szczoteczkę do mycia zębów.

Postępowanie

Zdjąć kapę.

Mycie zębów. Pod brodę chorego podłożyć ręcznik i na nim postawić nerkę lub spluwaczkę. Podtrzymując jedną ręką głowę chorego, drugą podawać kolejno szczoteczkę, kubek, nerkę.

Mycie twarzy i rąk. Osłonić koc ręcznikiem, kładąc go pod brodę chorego. Zmaczać rękawiczkę w wodzie, dobrze ją namydlić, wyżąć, umyć twarz, szyję, uszy chorego. (Na życzenie chorego myjemy mu twarz tylko wodą). Spłukać mydło. Wytrzeć.

Rozłożyć ręcznik wzdłuż ręki chorego, postawić na nim miednicę i mydelniczkę. Dłoń włożyć do miednicy, umyć szczoteczką paznokcie. Umyć dokładnie przedramię, ramię i pachę. Obsuszyć całą kończynę wyżętą rękawiczką, odstawić mydelniczkę i miednicę, wysuszyć kończynę ręcznikiem. To samo z drugą kończyną.

Mycie pleców, podmycie. Obróciwszy chorego na bok, podłożyć ręcznik kąpielowy wzdłuż pleców i umyć plecy i pośladki wodą z mydłem, używając drugiej myjki, wysuszyć i natrzeć alkoholem 50 proc. i zapudrować. Obróciwszy chorego na plecy, podmyć go. (O ile chory może, czyni to sam, po czym myje sobie ręce). Umyć ręce. Włożyć koszulę.

Uczesać chorego.

Przesłać łóżko.

Uwaga: O ile chory nie może być obrócony na bok, do mycia i nacierania pleców i pośladków potrzebne są dwie pielęgniarki; jedna unosi, druga podkłada ręcznik, myje i t. d.

Toaleta wieczorna

polega na umyciu jamy ustnej, twarzy, uszu, szyi, podmyciu, natarciu pleców i pośladków, na dokładnym poprawieniu łóżka, t. j. wymieceniu okruchów, naciągnięciu prześcieradła, ceraty i podkładu, na poprawieniu poduszek. Kapę na noc zdejmujemy. Przed podmyciem podać basen. Pokój lub salę przewietrzyć.

(C. d. n.)

Varia

OPIEKA NAD UMYSŁOWO CHORYMI W HOLANDII

Pod powyższym tytułem w Międzynarod. Przeglądzie Pielęgn. Nr I, 1937 znajdujemy ciekawy artykuł J. Hartogsa.

„Wszystkie drogi prowadzą do Rzymu" — te słowa zastosować można, mówiąc o opiece nad chorymi umysłowo, gdyż różne metody stosowane kolejno, doprowadziły powoli do metody właściwej. Dla zorientowania się w rozmaitych fazach tych metod, rozpatrzymy najważniejsze:

1) System „*No restraint*" (największej swobody)

2) Kuracja przez leżenie w łóżku

3) Balneoterapia

4) Kuracja przez zajęcie pracą.

1) „*No restraint system*". — Metodę tę wprowadził w Anglii Conolly. Zamiast krępowania chorych lub zamykania ich w osobnych celkach, pozostawiono im jak najwięcej wolności. Był to niezaprzeczony postęp, ale metoda ta miała tę wadę, że dawała zbyt daleko posuniętą swobodę chorym, którzy nie byli w stanie z niej korzystać wobec tego, że choroba pozbawiała możności rozsądnego myślenia. Zamiast pożądanego spokoju i ładu rozpanoszył się brak wszelkiej dyscypliny i nie mogło być mowy o żadnym wychowawczym wpływie.

2) Kuracja przez leżenie w łóżku. — Neiszer wprowadził tę metodę w Niemczech. Brak dyscypliny występujący przy poprzedniej metodzie, dał się wprawdzie opanować, ale przymusowa bezczynność doprowadziła do różnych nałogów, jak darcie bielizny, plucie naokoło, brudzenie sprzętów itp.

3) Balneoterapia. — Chorych przez całe lata leczono długotrwałymi ciepłymi kąpielami. I ta metoda miała liczne braki, przede wszystkim dłużej stosowana, przestała działać kojąco. Dzisiaj taką kąpiel stosuje się tylko w wypadkach wyjątkowego podniecenia, kąpiel trwa tylko do dwóch godzin, a w nadzwyczajnych wypadkach — całą dobę.

4) Kuracja pracy. — System ten rozpowszechnił się w Holandii, począwszy od 1920 roku. Jako przykład służyć może prowincjonalny szpital w Santpoort — największy w Holandii. Mieści on 1068 kobiet, 449 mężczyzn. Personel składa się z 312 pielęgniarek i 58 pielęgniarzy. Na czele szpitala stoi lekarz-dyrektor, a 5 psychiatrów wraz z 5-ma asystentkami opiekuje się chorymi. Szpital ma 7 oddziałów, które dzielą się na pododdziały dla lekko chorych, nieszkodliwych dla otoczenia, podnieconych i furiatów. Każdy z oddziałów mieści 300 chorych i 50 pielęgniarek. Od 1890 roku rozpoczęto w tym szpitalu zajmować chorych pracą. System ten rozkwitł dopiero w r. 1926 pod kierunkiem prof. Dr. Van der Scheer'a. Terapia pracy jest to przede wszystkim środek

wychowawczy; budzi u pacjenta wzmożoną czynność, poczucie ładu i systematyczność. Praca jest jak najprostsza, kobiety szyją, cerują, łatają, robią maty. Mężczyźni malują, wyrabiają drobne przedmioty z drzewa, pantofle, maty. Oczywiście nie wszyscy pacjenci zdolni są do produktywnej pracy, ale 90 proc. pracuje naprawdę. Jeżeli chory jest niespokojny i innym przeszkadza, daje mu się przez pewien czas zajęcie w izolatce.

Wszystkie sale mają przyjemny, wesoły wygląd i przybrane są kwiatami. Chorzy na ogół jadają w naczyniach kamiennych i fajansowych, chodzi o to, by uczyć chorych obchodzenia się ostrożnego z naczyniami i o wprowadzenie warunków domowych. Chorzy noszą przeważnie własne ubranie i przeważnie je szanują, podczas gdy szpitalne często drą i niszczą.

Opisana kuracja zajęć jest przygotowaniem do właściwej pracy w warsztatach szpitala, rozmieszczonych w parku z dala od głównego budynku. Chorzy pracują w parku i w sadzie oraz w kurnikach. Chorzy „trudni" pracują w grupach w ogrodzie, n. p. wspólnie sypią ziemię do taczek i wspólnie taczki wyładowują. Praca w grupach przyzwyczaja do systematyczności i ładu. Płaci się chorym żetonami, za które mogą kupować co zechcą w sklepie przy szpitalu. Chorzy, którym wolno wychodzić ze szpitala, dostają pieniądze zamiast żetonów.

Tak pojęta kuracja doprowadza do ograniczenia do minimum długotrwałych kąpieli, oraz używania lekarstw. — Bardzo ważną częścią tego systemu są wolne od pracy godziny. Od godziny 9 do 12 i od 14 do 17 chorzy czytają, bawią się w gry towarzyskie, śpiewają, sportują. „Związek sportowy" chorych wychodzi z zakładu w sobotę lub niedzielę na różne sporty, a entuzjazm chorych świadczy o przyjemności, jaką sport im daje.

W dorocznym święcie sportowym, organizowanym dla chorych i dla personelu, udział biorą chorzy, nad którymi czuwa się niepostrzeżenie. Wzruszającym jest zapał, z którym chorzy wykonują numery programu (gimnastyka, taniec, pieśni ludowe). Co dwa lata odbywa się na dworze jarmark z zabawami ludowymi (huśtawkami, karuzelą, strzelnicą itp.), a rzadko gdzie panuje taki ład i spokój.

Przy szpitalu znajduje się poradnia zapobiegawcza oraz dla ozdrowieńców, dla przeciwdziałania nawrotowi choroby. Chorzy, definitywnie opuszczający szpital, pozostają jeszcze przez pewien czas pod opieką lekarza szpitalnego, oraz pielęgniarki odwiedzającej. Ta opieka ma ogromne znaczenie tak społeczne, jak i ekonomiczne.

Przygotowanie personelu musi być przystosowane do nowych metod leczenia. Pielęgniarki i pielęgniarze mają ukończoną szkołę średnią, lub równorzędne wykształcenie. Przygotowanie zawodowe trwa 3 lata, lecz pielęgniarki dyplomowane już po 18 miesięcznym doszkoleniu mogą otrzymać dyplom, wymagany dla pielęgnowania chorych umysłowo.

SPROSZKOWANE MLEKO KOBIECE

Dr Maria Eliza Kayser z powodzeniem zajmuje się od 1927 r. wyrobem sproszkowanego mleka kobiecego, a obecnie ogłosiła dokładny opis sposobu, w jaki go otrzymuje. W specjalnych aparatach, wytwarzających próżnię, mleko poddawane jest działaniu bardzo niskich temperatur przy minimalnych ilościach tlenu. W ten sposób płyn zagęszcza się do 1/3 i ta zagęszczona masa w aparatach, wytwarzających próżnię, przerobiona zostaje na proszek. Trzeba 6 godzin dla przetworzenia 12 litrów mleka.

Jeżeli przyjąć przeciętną ilość tłuszczu w surowym mleku kobiecym na 3.5%, to w mleku sproszkowanym trzeba go przeciętnie oznaczyć na 2.5%. Wody w proszku jest 2%. Z 12.5 gr. proszku, wymieszanego z 87.5 gr. przegotowanej wody otrzymuje się 100 gr. gotowego mleka.

Tak otrzymywane mleko stosowane jest z doskonałymi wynikami w różnych zakładach. W ostatnich czasach próbowano podawać niemowlętom silnie skoncentrowaną mieszaninę 50 gr. proszku z 50 gr. przegotowanej wody i uzyskiwano doskonały rezultat szczególniej u niedożywionych i źle prosperujących niemowląt, a także u niedonoszonych, jako dodatek przy karmieniu świeżym mlekiem matczynym. Nie tylko podczas podawania takiej mieszaniny, ale nawet po jej odstawieniu, zaobserwowano stały wzrost wagi. Nie wykryto żadnych szkód w organizmie, które możnaby przypisać działaniu tego preparatu. W uniwersyteckiej klinice w Jenie przez przeciąg 3 lat zużyto 700 litrów mleka, uzyskanego z owego proszku i zaobserwowano jedynie zadowalające rezultaty. (Międzynarod. Przegląd Pielęgniarski Nr 1, 1937).

W. Ch.

O LECZENIU PRZEZ ZNACHORÓW

Dr. Wiecki w „Nowinach Społeczno-Lekarskich" nr. 21 1936 skreśla kilka uwag o powodach, które wyrobiły zwyczaj u ludzi, nawet o wysokiej kulturze i inteligencji, zwracania się o porady lekarske do znachorów. Podaje autor, że jedną z przyczyn jest tu ze strony lekarza brak nawiązania łączności psychicznej z pacjentem na skutek zbyt wielkiej specjalizacji lekarskiej oraz podejścia do leczenia z punktu widzenia naukowego.

Ten brak porozumienia przypisuje też lecznictwu masowemu i błędom organizacyjnym w ubezpieczalniach społecznych, w których pacjenci odnoszą się do lecznictwa nieufnie, wrogo.

Według autora, osoby zwracające się do znachorów, nawiązują z nimi tę właśnie łączność psychiczą; znachorzy stają się przyjaciółmi domowymi, doradcami nie tylko w sprawach zdrowotnych, ale i wielu innych troskach i zagadnieniach.

Według autora, nie pomoże żadne zaskarżanie znachorów o nieprawne leczenie, żadne dochodzenie sądowe, lecz jedynie zmiana w stosunku lekarzy do pacjentów.

M. St.

Komunikaty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

ZASIŁKI DLA BEZROBOTNYCH

W okresie od 1925 do 1 grudnia 1936 r. zasiłki dla bezrobotnych pracowników umysłowych i robotników wyniosły **653,015.100 zł.** W pierwszych 11 miesiącach 1936 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił ogółem pracownikom umysłowym kwotę: 9,641.137 zł. z tytułu zasiłków na wypadek braku pracy. Liczba bezrobotnych pracowników umysłowych, którym wypłacono zasiłki na 1 grudnia 1936 r. wyniosła 8.879 osób. Fundusz Pracy wypłacił w pierwszych 11 miesiącach 1936 r. na zasiłki dla bezrobotnych robotników ogółem 24,392.963 zł. Ilość robotników, którym wypłacono zasiłki na 1 grudnia 1936 r. wyniosła 34.008 osób. Łącznie więc Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Fundusz Pracy wypłaciły w 11 miesiącach 1936 r. na zasiłki dla bezrobotnych robotników i pracowników umysłowych kwotę 34,034.100 zł.

1,985.819 OSÓB UBEZPIECZONYCH W UBEZPIECZALNIACH SPOŁECZNYCH

Według ostatnich obliczeń na 1 listopada ub. roku w ubezpieczalniach społecznych na terenie całego kraju (bez Górnego Śląska) ubezpieczonych było ogółem 1,985.819 osób zgłoszonych przez 413.594 zakłady pracy.

JAK STARAĆ SIĘ O LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE NA KOSZT UBEZPIECZEŃ

W związku z rozszerzaniem ram lecznictwa zapobiegawczego w ubezpieczeniach społecznych, którego koszty pokrywane są z funduszów ubezpieczeń emerytalnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyjaśnia, w jaki sposób można się starać o to leczenie.

Ubezpieczeni na wypadek choroby starać się mogą o zapobiegawcze leczenie sanatoryjne na podstawie opinii lekarza domowego, który po stwierdzeniu konieczności leczenia sanatoryjnego, przedstawia ubezpieczalni społecznej odpowiedni wniosek. Na zasadzie tego wniosku ubezpieczony badany jest przez komisję lekarską ubezpieczalni społecznej. W związku z tymi badaniami pracownik nie ponosi żadnych kosztów.

Gdy lekarz domowy nie stwierdzi konieczności leczenia sanatoryjnego, wówczas ubezpieczony może sam zgłosić odpowiedni wniosek do ubezpieczalni społecznej, przy czym w tym wypadku ponosi koszty badania komisyjnego (w wysokości zł. 10, bezrobotni zł. 5). Pracownicy, wyłączeni z ubezpieczenia na wypadek choroby (zarabiający powyżej zł. 725, pracownicy rolni, pracownicy uprawnieni do korzystania z państwowej opieki lekarskiej) składają wniosek o zapobiegawcze leczenie sanatoryjne bezpośrednio do ubezpieczalni społecznej i ponoszą koszty badania komisyjnego.

Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej

Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej odbędzie się w Londynie w dniach 19—24 lipca 1937 r.

Wszystkie obrady toczyć się będą w Pałacu Westminsteru. Otwarcie nastąpi w poniedziałek 19 lipca o godzinie 10 rano.

Jednocześnie pracować będą cztery różne sekcje.

PROGRAM PRAC SEKCJI

Sekcja I

Szkolenie pielęgniarek

19 lipca **Wykształcenie przygotowawcze**

Przewodniczy Anglia.

Kształcenie kandydatek do szkół pielęgniarstwa. Ref. Belgia. — Dyskusja Dania.

Minimalny cenzus naukowy kandydatek i ich selekcja. — Referat Finlandia. — Dyskusja Filipiny.

20 lipca **Ogólne szkolenie pielęgniarek, organizacja, programy**

Przewodniczy Kanada.

Państwowa kontrola szkolnictwa pielęgniarskiego. — Egzaminy państwowe. — Ref. Francja. — Dysk. Anglia.

Zakres i rozmiar programów w działach:

1) pielęgniarstwa społecznego. — Ref. i dysk. Kanada.
2) psychologii i psychiatrii. — Ref. i dysk. Stany Zjednoczone.
3) położnictwa. — Ref. i dysk. Holandia.
4) pediatrii. — Ref i dysk. Anglia.
5) pielęgnowania w chorobach zakaźnych. — Ref. i dysk. Norwegia.
6) dietetyki. — Ref. i dysk. Nowa Zelandia.

Przewodniczy Bulgaria.

Ogólne szkolenie pielęgniarek

Przewodniczy Pol. Afryka.

Metody nauczania. — Ref. St. Zjedn. — Dysk. Holandia.

Koordynacja teorii z praktyką. — Jak nadać większą wartość wychowawczą praktyce szpitalnej uczennic? — Ref. Dania. — Dysk. Japonia.

21 lipca

Przewodniczą Filipiny.

Zagadnienie nadzoru pielęgniarskiego. — Ref. Francja. — Dysk. Stany Zjednoczone.

Stosunek ilościowy pielęgniarek dyplomowanych do uczennic. — Ref. Chiny. — Dyskusja Austria.

Przewodniczy Norwegia.

Włączenie zdrowia publicznego do szkolenia uczennic. — Ref. Stany Zjednoczone. Dyskusja Anglia.

Kształcenie pielęgniarek na uniwersytetach

Przewodniczy Belgia.

Uniwersyteckie szkoły pielęgniarstwa. — Ref. Kanada.

Program pięcioletniego studium na uniwersytetach. — Ref. Dania. — Dysk. St. Zjed.

22 lipca **Dalsze studia**

Przewodniczą Stany Zjednoczone.

Kształcenie i kwalifikacje instruktorek, przełożonych, instruktorek klasowych i sióstr oddziałowych. — Ref. Anglia. — Dysk. Norwegia.

Przewodniczy Nowa Zelandia.
Wymiana pielęgniarek w różnych krajach w celach naukowych. — Stypendia zagraniczne. — Ref. Belgia. — Dysk. Szwecja.
Przewodniczą Indie.
Nauczanie pielęgniarek w krajach o niższym poziomie kulturalnym i umysłowym. Ref. Francja. — Dysk. Syria.

23 lipca

Pielęgniarstwo w dziedzinie fizykoterapii

Przewodn. Szwecja. — Ref. Anglia.
Demonstracje — Anglia.

Sekcja II

Zawód pielęgniarski, organizacja i administracja

19 lipca

Pielęgniarka-administratorka

Przewodniczy Norwegia. — Referat Stany Zjednoczone. — Dysk. Anglia.

20 lipca

Organizacje pielęgniarskie

Przewodniczy Finlandia.
Samorządy w szkołach pielęgniarstwa. — Ref. Kanada. — Dysk. Chiny.
Organizacje pielęgniarek dyplomowanych. — Referat: Anglia. — Dysk. Stany Zjednoczone.

Stan zdrowia i warunki pracy pielęgniarek

Przewodn. Chiny.
Czuwanie nad zdrowiem pielęgniarek. — Wpływ różnych czynników na zdrowie pielęgniarki (praca nocna, odpoczynek, godziny pracy, odżywianie. — Ref. Austria. Dysk. Nowa Zelandia.

21 lipca

Ustawodawstwo pielęgniarskie

Przewodniczy Brazylia.
Rejestracja. — Ref. Chiny. — Desk. Szwecja.
Przewodniczy Nowa Zelandia.
Ubezpieczenia pielęgniarek. — Ref. Belgia. — Dysk. Anglia.

Praca pobożnych

Przewodniczy Dania. — Ref. Anglia, N. Zelandia. — Dysk. Irlandia.
Demonstracje

22 lipca

Pielęgniarstwo w chorobach umysłowych

Przewodniczy Finlandia. — Ref. Anglia, Holandia. — Dysk. Anglia.

Różne gałęzie pracy

Przewodniczy Francja.
Pielęgniarstwo prywatne. — Ref. Stany Zjednoczone.
Przewodniczy Kanada.
Dietetyka. — Ref. Węgry.

23 lipca

Przewodniczy Anglia.
Dyskusja Kanada. — Dziennikarstwo zawodowe. — Ref. Stany Zjednoczone. —

Sekcja III

Pielęgniarstwo społeczne

19 lipca

Zdrowie środowiska

Przewodniczy Holandia.
Odżywianie kobiet ciężarnych, niemowląt, dzieci, młodzieży, dorosłych. — Referat Anglia. — Dysk. Francja.
Praca nad higieną mieszkań, w przedszkolach, szkołach. — Referat Szwecja. — Dyskusja Niemcy.

20 lipca **Kwalifikacje pielęgniarki społecznej**

Przewodniczą Stany Zjednoczone.
Ogólne wykształcenie. — Ref. Bulgaria. — Dysk. Filipiny.

Przewodniczy Kanada.
Szkolenie w zdrowiu publicznym i specjalizacja, kursy dokształcające. — Ref. Jugosławia. — Dysk. Czechosłowacja.

Współpraca ze społeczeństwem

Przewodniczy Grecja.
Jak wzbudzić w społeczeństwie potrzebę pielęgniarstwa społecznego? — Ref. Kanada. — Dyskusja Południowa Afryka.

Pielęgniarstwo zdrowia w Turcji. — Ref. Turcja.
Pielęgniarstwo zdrowia w Chinach. — Ref. Chiny.
Pielęgniarstwo zdrowia w Indiach. — Ref. Indie.

21 lipca **Organizacja zdrowia publicznego**

Przewodniczy Dania.
Koordynacja pracy. — Nadzór. — Ref. Stany Zjednoczone. — Dysk. Rumunia.
Przewodniczy Czechosłowacja.
Warunki pracy pielęgniarki społecznej. — Ref. Kanada. — Dysk. Węgry.

Gałęzie pielęgniarstwa społecznego

Przewodniczy Finlandia.
Pielęgniarka w ubezpieczalniach społecznych. — Ref. Francja. — Dysk. Anglia.
Pielęgniarka w szkole. — Ref. Czechosłowacja. — Dysk. Holandia.

22 lipca **Pielęgniarstwo społeczne miejskie i wiejskie**

Przewodniczy Polska.

Praca organizacji „Pielęgniarek Królowej". — Ref. Anglia. — Dysk. Poł. Afryka.
„Pielęgniarka królowej" jako położna i opiekunka zdrowia. — Ref. Anglia. — Dysk. Poł. Afryka.
Demonstracje ekwipunku, plakatów, książek, filmów.

Praca społeczna

Przewodniczy Szwecja.
Praca społeczna przy szpitalach. — Ref. St. Zjednoczone. — Dysk. Finlandia.

23 lipca

Zwiedzanie. — Demonstracje.

Sekcja IV.

Różne zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa

19 lipca **Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki, jako obywatelki**

Przewodniczy Irlandia.

Pielęgniarka-posłanka.
Pielęgniarka na stanowiskach państwowych.
Pielęgniarka w organizacjach publicznych. — Ref. Anglia. — Dysk. N. Zelandia.

20 lipca

Przewodniczą Stany Zjednoczone.
Potrzeba obowiązkowej rejestracji państwowej. — Ref. Brazylia. — Dysk. Indie.

Przewodniczą Węgry.
Minimum pielęgniarskiego wykształcenia zawodowego w krajach, które odczuwają nagłe zapotrzebowanie większej liczby pielęgniarek. — Ref. Grecja. — Dysk. Japonia.

Szkolenie społeczeństwa w działach zapobiegawczych

Przewodniczy Anglia.

Obrona przeciwgazowa. — Referuje Anglia.

21 lipca **Bezrobocie wśród pielęgniarek**

Przewodniczy Austria. — Ref. Francja. — Dysk. Grecja.

Przewodniczy Estonia.

Godziny pracy. — Stosunek ilościowy pielęgniarek do chorych idealny, rzeczywisty, przeciętny. — Ref. Kanada. — Dysk. Belgia.

Studia nad zużyciem czasu i ich zastosowanie

Przewodniczy Holandia. — Ref. Stany Zjednoczone. — Dysk. Austria.

22 lipca **Pielęgnowanie chorych chronicznie**

Przewodniczy Jugosławia. — Ref. Anglia. — Dysk. Stany Zjednoczone.

23 lipca **Jak zorganizować służbę pielęgniarek Czerwonego Krzyża?**

Przewodniczy Japonia. — Ref. Stany Zjednoczone. — Dysk. Dania.

24 lipca **POSIEDZENIE OGÓLNE.**

Przewodniczy Francja.

Rezolucje Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej. — Ref. Anglia.

Obowiązki M. R. P. na przyszłość. — Ref. Południowa Afryka.

Duch pielęgniarstwa. — Ref. Francja.

W związku z Kongresem Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej w Londynie, podajemy następujące objaśnienia i wskazówki.

Zarząd PSPZ nie uzyskał żadnych ulg przejazdowych ani paszportowych dla pielęgniarek wybierających się na Kongres w Londynie. Z tego też powodu, PSPZ nie urządza żadnych wspólnych wycieczek ani grupowych wyjazdów.

Komisja Wypoczynkowa, na czele której stoi p. Anna Kowalska, zebrała informacje ogólne w związku z wyjazdem do Londynu. Koszta podróży tam i z powrotem, drogą morską lub lądową, wraz z paszportem, wizami, utrzymaniem w drodze i pobytem w Londynie, biorąc w rachubę najskromniejsze warunki oraz zniżki Kongresowe, oblicza się najmniej na 480—550 zł. od osoby. Legitymacje PSPZ służyć będą do uzyskania w Londynie zniżek Kongresowych i uzyskania kwater.

W Kongresie może wziąć udział każda pielęgniarka oraz osoby zainteresowane.

Chcąc zyskać zapewnienie kwater, legitymacje PSPZ oraz bliższe informacje o wyniku trwających pertraktacyj z Biurami Podróży, należy jak najrychlej zwrócić się do przewodniczącej Komisji Wypoczynkowej p. Anny Kowalskiej, Warszawa, Odyńca 9, m. nr 12. — W Warszawie zasięgnięto w Biurze French-Line Warszawa, Królewska 12 informacji co do dojazdu na Kongres. Z Biurem tym poszczególne pielęgniarki były zaznajomione przez odbyte podróże zagraniczne, to też otrzymano wiadomość gotowości ułatwienia wyjazdu na Kongres do Londynu. Obecnie rozpoczęto jeszcze porozumienie z Biurem Coocka.

Przy staraniach się o wyjazd z wycieczką, należy zwrócić uwagę na: 1) zastrzeżenie przy zbiorowym paszporcie, możności pozostania w Londynie. 2) Różnicę kosztów przejazdu do samego Londynu, bez dojazdu dalszego do Paryża. 3) Możność dojechania choćby na krótszy czas z Londynu do Paryża, tą samą linią, z której wyjechało się do Londynu. 4) Jakie są ograniczenia dewizowe? 5) Deklaracje dewizowe (przy paszportach zbiorowych), umożliwiające zabranie pieniędzy ze sobą w czasie przerwy jazdy. 6) Przy indywidualnych paszportach, deklaracje dewizowe, książeczki czekowe z walutą. 7) Waluta turystyczna. 8) Dokładny termin wyjazdu z kraju, dla wyzyskania ograniczonego czasu ważności paszportu.

Dla orientacji pielęgniarek, podajemy koszta wyjazdu i pobytu, zaznaczając, że obliczano najtańsze warunki i że niższej kalkulacji przeprowadzić żadną miarą nie można. Musi się mieć do dyspozycji 480—550 zł. Jeżeli więc tej sumy (najmniej) przeznaczyć nie można na podróż i uczestnictwo w Kongresie, starania o wyjazd i uczestnictwo w Kongresie będą bezowocne. Ogólnie podane obliczenie jest bez zobowiązania podane przez Zarząd PSPZ, dlatego zainteresowani mogący dysponować około tej sumy, muszą się zwrócić pod wyżej podanym adresem o bliższe szczegóły i informacje.

REDAKCJA.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Maria Starowieyska. Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków, św. Krzyża 11